

## 北海道サービス管理責任者実践研修及び児童発達支援管理責任者実践研修受講申込書

記入にあたっての注意事項は [こちら](#)

申込む研修名称と合っているかを確認してから申し込みます。

★は、必須項目です。

申込受付 4月9日～4月23日 講義日程 6月4日～6月11日

演習日程 ①6月18日～19日 (集合)

申込受付期間等が古い場合や、申込みフォームが表示されない場合は、ブラウザを更新 (F5 ボタンを押す) してください

項目	入力事項
★研修種別	<input type="radio"/> サービス管理責任者実践研修 <input type="radio"/> 児童発達支援管理責任者実践研修
★演習日程の希望 ※申込状況により調整	<input type="radio"/> ①6月18日～19日 (集合)
演習日程の希望理由 (上記日程以外では受講できない場合のみ)	<p>(例) PCの操作が苦手なため ・集合研修の方が話を聞いたり、交流しやすいため ・他の日程は既に行事等の予定が入っているため ・育児（又は介護）により遠方への出張が難しいため ※日程の希望に偏りが生じた場合、理由が記載されていない方の日程を調整</p>

### 研修種別 【必須】

受講する研修種別を選択します。

### 演習日程の希望 【必須】

選考後に日程の振り分けをするため、必ずしも希望通りにはなりませんので、ご了承ください。

### 演習日程の希望理由

上記で選択した日程以外では受講できない場合に理由を記載してください。

受講者情報	ふりがな (例: ほっかい はなこ) <input type="text"/> ★ほっかい はなこ 氏名 (例: 北海 花子) <input type="text"/> ★北海 花子 現職名 <input type="text"/> 保育士 生年月日 <input type="text"/> ★昭和 50 年 12 月 31 日 性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> その他		
	<b>受講者情報</b> ふりがな、氏名、生年月日、性別 【必須】 現職名は、特にない場合は空欄で構いません。		
	所属情報 (所属している事業所情報を入力)	法人名 (行政の場合は自治体名を入力) <input type="text"/> (株) ほっかいどうふくし 事業所名 <input type="text"/> 放課後等デイサービスほっかいどう 郵便番号 (半角7桁ハイフン不要 例: 0640808) <input type="text"/> 0640808 住所 <input type="text"/> ★札幌市中央区南8条西2丁目 市民活動プラザ星園305 電話番号 (半角10桁ハイフン不要 例: 0115218551) <input type="text"/> 0115218551 FAX番号 (半角10桁ハイフン不要 例: 0115218551) <input type="text"/> 0115218551 ★メールアドレス (半角) <input type="text"/> hcm-net@XXXXXXX.ne.jp	
		<b>所属情報</b> 住所及びメールアドレス 【必須】 現所属の法人名、事業所名、郵便番号、電話番号、FAX番号を記入 ※現所属と異なる法人からの推薦で申し込む場合は、法人名・事業所名は空欄、住所は自宅等を記入してください。 ※メールアドレスは一人1つ必要です。入力間違いのないように気を付けてください。	
		<b>受講可否通知の宛先</b> 現所属と異なる住所へ受講可否通知を郵送して欲しい場合は、こちらに記入 (所属と同じ場合は空欄で良い) ※事業所開設予定のため所在地が確定しない等の場合に、郵便物の受理が可能な宛先 (受講申込者の自宅住所、宛名等) を記入します。	
郵便番号 (半角7桁ハイフン不要 例: 0640808) <input type="text"/> 0000000 住所 (所属情報と異なる場合は「宛名」も入力) <input type="text"/> 札幌市×区南×条東×丁目×- ×マンションA号室 宛て名 (事業所または自宅の場合は、個人名を入力) <input type="text"/> (株) ほっかいどうふくし 法人本部 担当者: 北海太郎 電話番号 (半角10桁ハイフン不要 例: 0115218551) <input type="text"/> 1111111111			

### サビ管又は児発管として配置予定の事業所の状況

#### 設置状況 【必須】

※異動や新設の場合は、研修受講後にサビ管・児発管として配置される予定の事業所の情報を記入してください。

※事業所名・事業所番号が確定していない場合は空欄で構いません。

住所については、市町村名等決まっている部分を記入します。

※障害福祉サービス等についても、法人全体ではなく配置予定の事業所で実施しているものを選択します。

サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置する事業所の状況	<input type="radio"/> 新設予定の事業所 <input type="text"/> 西暦 2024 年 <input type="radio"/> すでにある事業所 <input type="text"/> 西暦	
	<b>設置状況 【必須】</b>	
	法人名 <input type="text"/> (株) ほっかいどうふくし 事業所名 <input type="text"/> 放課後等デイサービスほっかいどう 事業所番号 (半角) <input type="text"/> (※事業指定前の場合空欄可) 住所 <input type="text"/> (新設で決まっていない場合は市区町村を記入)	
	障害福祉サービス種別等 (事業所が提供するサービスについて選択) <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input checked="" type="checkbox"/> 障害児通所・入所支援	

★受講対象 ※募集要項P.1参照	<input type="radio"/> 対象ア OJT期間 2年以上 → 受講歴①、②を入力 <input checked="" type="radio"/> 対象イ OJT期間 6ヶ月以上（一定要件を満たす） → 受講歴①、②を入力 <input type="radio"/> 対象ウ 更新期限切れ → 受講歴①、②、③を入力
---------------------	--

★受講対象 **【必須】** 募集要項 P.1 にある受講対象のア～ウいずれに当てはまるか選択 ※記入例 P.3～5 に対象ごとの記入例あり

対象ア は、基礎研修後の OJT 期間 2 年以上 → 研修受講歴の①②を入力する

対象イ は、基礎研修後の OJT 期間 6 ヶ月以上かつ一定の要件を満たす → 研修受講歴の①②を入力する

対象ウ は、更新期限切れ（旧研修修了者で R6.3 末までに更新研修を受講しなかった、実践研修受講の翌年度から 5 年度ごとの更新研修を受講しなかった等） → 研修受講歴①②③を入力する

**研修の受講（修了歴） **【必須】****

・修了番号は「第」や「号」を除き、半角英数字で記入します。

・研修の名称については、募集要領の別紙 3-2 (P.12)をご確認ください。

**①相談支援 **※1** (「現任研修」ではなく、「基礎研修（又は初任者研修）」の修了歴について記入してください)**

※1 相談支援従事者研修〔サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修〕又は、「平成 18 年障害者ケアマネジメント従事者研修」又は平成 19 年以降の「相談支援従事者研修」基礎研修の前期講義 2 日・又は同研修「補完研修」・又は平成 30 年以降の同研修「初任者研修」について、修了年度と修了月、修了証書番号を記入してください。平成 23 年度以前に研修を修了されていて、修了証書に番号が記載されていない場合は「未記載」と入力してください。

**②サビ管・児発管（基礎又は旧分野別） **※2・3** (複数受講している場合は、修了年度が一番古いものを記入してください)**

※2 サービス管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧サービス管理責任者研修（分野別）研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記入してください。平成 30 年度以前に複数の分野別研修を修了している場合は、修了年度が一番古いものを記入してください。

※3 児童発達支援管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧児童発達支援管理責任者研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記入してください。

③サビ管・児発管（実践及び更新） 「対象ウ」の場合、①②以外で修了した研修があれば「研修名」「修了年月日」「修了番号」やいつ更新期限が切れたかを記入してください。

★研修の受講 (修了歴) ※募集要領P.1 2 参照 ※複数受講されている場合は、修了年度が一番古いものを記載してください	① 相談支援	分区 <input type="button" value="相談支援従事者研修（サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修）"/> 修了年月日 西暦 2023 年 12 ヶ月 31 日 修了番号（半角）xxxxxx	<b>※1</b>
	② サビ管・児発管 (基礎又は旧分野別)	分区 <input type="button" value="児童発達支援管理責任者基礎研修"/> 修了年月日 西暦 2024 年 1 ヶ月 15 日 修了番号（半角）xxxxxx	<b>※2・3</b>
	③ サビ管・児発管の修了歴 (実践及び更新)	対象ウの場合は、過去に修了した「研修名（区分）」「修了年月日」「修了番号」や更新期限がいつ切れたか、以下の欄に入力してください。	
		なし	対象ウを選択した場合は、 ・「実践研修」「更新研修」を修了している場合は修了歴を記載する ・いつ更新期限が切れたのかを記載する

①～③の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し（PDFまたは画像）を添付してください。  
(添付できない方は 011-521-8551 へ FAX してください)

**ファイルの選択** 修了証書の写し.pdf **※4**

①②③研修を当法人以外で修了した場合 → 修了証書を添付又は FAX **※4**

＜修了証書の添付について＞

①「ファイルの選択」をクリックすると、パソコンのフォルダが開きます。

②添付したい修了証書のファイル（PDF 等）を選択し、「開く」を押すと添付できます。申込み画面の「ファイル選択」の横に添付ファイル名が表示されます。

※添付できる PDF・画像は一つです。当法人以外の修了証書が複数ある場合はデータを事前に一つにまとめてください。（データは複数機等でスキャンして PDF 化する。又は、申込み作業をする PC 宛てにスマホ等で撮影した画像をメール送信し、保存する。）

※データが重くて送れないなど PDF の添付が難しい場合は FAX (FAX 番号 011-521-8551) してください。

## 対象ごとの記入例

### ● 対象ア OJT 期間 2 年以上

<p>★受講対象 ※募集要項P.1参考</p> <p>★研修の受講 (修了歴) ※募集要領P.1.2参考 ※複数受講されている場合は、修了年度が一番古いものを記載してください</p>	<p>①相談支援 ②サビ管・児発管 (基礎又は旧分野別) ③サビ管・児発管の修了歴 (実践及び更新)</p> <p>区分 [相談者支援従事者研修 (サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修)] 修了年月日 西暦 2022 年 8 月 23 日 修了番号 (半角) xxxxxxxx</p> <p>区分 [児童発達支援管理責任者基礎研修] 修了年月日 西暦 2022 年 7 月 10 日 修了番号 (半角) xxxxxxxx</p> <p>対象ウの場合は、過去に修了した「研修名(区分)」「修了年月日」「修了番号」や更新期限がいつ切れたか、以下の欄に入力してください。</p> <p>なし</p> <p>①～③の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し (PDFまたは画像) を添付してください。 (画像データが重いと送信できません。送信エラーになる場合や添付できない場合は、011-521-8551へFAXしてください) [ファイルの選択] ファイルが選択されていません</p>	
	<p>【OJT 6 カ月要件】※要件 □以下①～③全て満たす ①サビ管等基礎研修受講時に配置要件を満たしている。 ②障害福祉サービス事業所等において、個別支援計画作成の業務に 6 カ月以上従事 ③上記②業務に従事することについて、指定権者に届出を行う。</p> <p>対象ア、イの場合、①②のうち遅く修了した方の翌日以降から受講予定の実践研修開始前月末までがOJT期間としてカウントされます。対象ウの場合は、OJT期間「0」を入力してください。</p> <p>★【OJT期間】対象ア、イは始期と終期を入力。対象ウは「0」を入力。 始期 西暦 2022 年 8 月 24 日 (2つの研修のうち遅く修了したものの翌日) 終期 西暦 2024 年 9 月 30 日 (C日程の場合、2025年5月31日)</p>	
<p>OJT期間</p>	<p>【OJT期間の詳細】対象ア、イのみ入力 上記の始期～終期の間で業務に従事していた期間について入力 トータルOJT期間(年月) 2 年 1 月 トータルOJT期間(勤務日数) 510 日 (概算)</p> <p>OJT期間に従事した業務内容 ※複数チェック可</p> <p>□個別支援計画作成業務 □相談支援業務 □直接支援業務</p> <p>OJT期間に関する備考 (上記OJT期間について、休職時期がある場合や、やむを得ない事由による場合のみなし配置の期間などについてはここに記載) (例) 基礎研修修了後、〇年の〇月からやむを得ない事由によるみなし配置中 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日までの〇日間、病気療養(産育休・怪我・介護休暇等)のため休職 ※OJT期間中、やむを得ない事由によるみなし配置の場合はその旨記載する。 ※OJTの始期から終期までの間で休職期間がある場合は、休職期間と日数を記載する。</p>	

【OJT期間】で記載した間に産育休や病気・怪我等による休職期間がある場合は必ずいつからいつまで休職していたかを記載する。

年ヶ月は従事した期間なので休職期間は除く。

#### 対象アの場合

- ・受講対象 … アを選択
- ・研修の受講 (修了歴) … ①相談支援、②サビ管・児発管 (基礎又は旧分野) の修了歴を選択・記入する  
③は「なし」でよい

※①～②の研修を当法人以外で修了した場合は修了証書の写しを添付又はFAX (方法は記入例P.2のとおり)

- ・基礎研修修了後の実務経験 (OJT期間)

【OJT6 カ月要件】はチェックする必要なし

【OJT期間】 … 上記①②の研修のうち、遅く終わった方の研修の翌日を始期として入力する

実践研修受講前月末 (講義が開始する前の月の末日) を終期として入力する

【OJT期間の詳細】 … 上記OJT期間内で業務に従事した年ヶ月と、勤務日数を入力する

OJT期間に従事した業務内容 … 従事した業務内容にチェック (複数チェック可)

OJT期間に関する備考 … 休職期間がある場合は、何年何月何日～何年何月何日まで休職等を記載する

## ● 対象イ OJT 期間 6ヶ月以上(一定の要件を満たす)

<p>★受講対象 ※募集要項P.1参照</p> <p>★研修の受講 (修了歴) ※募集要領P.12 参照</p> <p>※複数受講されている場合は、修了年度が一番古いものを記載してください</p>	<p>○対象ア OJT期間 2年以上 → 受講歴①、②を入力 ⑥対象イ OJT期間 6ヶ月以上 (一定要件を満たす) → 受講歴①、②を入力 ○対象ウ 更新期限切れ → 受講歴①、②、③を入力</p>	
	<p>① 相談支援 ② サビ管・児発管 (基礎又は旧分野別) ③ サビ管・児発管の修了歴 (実践及び更新)</p>	<p>区分 [相談者支援従事者研修 (サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修)] 修了年月日 西暦2023年12月25日 修了番号 (半角) xxxxxxxx</p> <p>区分 [児童発達支援管理責任者基礎研修] 修了年月日 西暦2024年2月10日 修了番号 (半角) xxxxxxxx</p> <p>対象ウの場合は、過去に修了した「研修名(区分)」「修了年月日」「修了番号」や更新期限がいつ切れたか、以下の欄に入力してください。</p>
		なし
		①～③の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDFまたは画像)を添付してください。 (画像データが重いと送信できません。送信エラーになる場合や添付できない場合は、011-521-8551へFAXしてください)
		ファイルの選択 [ファイルが選択されていません]
【OJT 6ヶ月要件】※要件イ <input checked="" type="checkbox"/> 以下①～③全て満たす ①サビ管等基礎研修受講時に配置要件を満たしている。 ②障害福祉サービス事業所等において、個別支援計画作成の業務に6ヶ月以上従事 ③上記②業務に従事することについて、指定権者に届出を行う。	対象ア、イの場合、①②のうち遅く修了した方の翌日以降から受講予定の実践研修開始前月末までがOJT期間としてカウントされます。対象ウの場合は、OJT期間「0」を入力してください。	
★【OJT期間】対象ア、イは始期と終期を入力。対象ウは「0」を入力。 始期 西暦2024年2月11日 (2つの研修のうち遅く修了したもののは翌日) 終期 西暦2024年9月30日 (C日程の場合、2025年5月31日)		
【OJT期間の詳細】対象ア、イのみ入力 上記の始期～終期の間で業務に従事していた期間について入力 トータルOJT期間 (年力月) 0年7ヶ月 トータルOJT期間 (勤務日数) 156日 (概算)	【OJT期間】で記載した間に産休育や病気・怪我等による休職期間がある場合は必ずいつからいつまで休職していたかを記載する。 年ヶ月は従事した期間なので休職期間は除く。	
【OJT期間の備考】(上記OJT期間について、休職時期がある場合や、やむを得ない事由による場合のみなし配置の期間などについてはここに記載) (例) ・基礎研修修了後、〇年〇月からやむを得ない事由によるみなし配置中 ・〇年〇月〇日～〇年〇月〇日までの〇日間、病気療養(産育休・怪我・介護休暇等)のため休職 ※OJT期間中、やむを得ない事由によるみなし配置の場合はその旨記載する。 ※OJTの始期から終期までの間で休職期間がある場合は、休職期間と日数を記載する。		

### 対象イの場合

- ・受講対象 … イを選択
- ・研修の受講 (修了歴) … ①相談支援、②サビ管・児発管 (基礎又は旧分野) の修了歴を選択・記入する  
③は「なし」でよい

※①～②の研修を当法人以外で修了した場合は修了証書の写しを添付又はFAX (方法は記入例P.2のとおり)

- ・基礎研修修了後の実務経験 (OJT期間)

【OJT6ヶ月要件】が全て該当するか確認したうえでチェックする

【OJT期間】 … 上記①②の研修のうち、遅く終わった方の研修の翌日を始期として入力する

実践研修受講前月末 (講義が開始する前の月の末日) を終期として入力する

【OJT期間の詳細】 … 上記OJT期間内で業務に従事した年ヶ月と、勤務日数を入力する

OJT期間に従事した業務内容 … 従事した業務内容にチェック (複数チェック可)

OJT期間に関する備考 … やむを得ない事由によるみなし配置等の場合は詳細を記載する

## ● 対象ウ 更新期限切れ

<p>★受講対象 ※募集要項P.1参照</p> <p>★研修の受講 (修了歴) ※募集要領P.1.2参照</p> <p>※複数受講されている場合は、修了年度が一番古いものを記載してください</p>	<p>○対象ア OJT期間 2年以上 → 受講歴①、②を入力 ○対象イ OJT期間 6ヶ月以上(一定要件を満たす) → 受講歴①、②を入力 ⑥対象ウ 更新期限切れ → 受講歴①、②、③を入力</p>		
	<p>① 相談支援 ② サビ管・児発管 (基礎又は旧分野別) ③ サビ管・児発管の修了歴 (実践及び更新)</p>	<p>区分 [相談者支援従事者研修 (サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修) ] 修了年月日 西暦 2015 年 10 ヶ月 30 日 修了番号 (半角) xxxxxxxx</p>	
		<p>区分 [児童発達支援管理責任者研修又は第5分野] 修了年月日 西暦 2016 年 2 ヶ月 10 日 修了番号 (半角) xxxxxxxx</p>	
		<p>対象ウの場合は、過去に修了した「研修名(区分)」「修了年月日」「修了番号」や更新期限がいつ切れたか、以下の欄に入力してください。</p>	
	<p>例) R6.3.31までに更新研修を受講しなかった ※実践研修・更新研修を修了したが期限内に更新しなかった場合は、①や②にならって研修名称(区分)、修了年月日、証書番号を記載してください。</p> <p>例) 児童発達支援管理責任者更新研修 2019.○.○修了 修了番号×××</p>		
	<p>①～③の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDFまたは画像)を添付してください。 (画像データが重いと送信できません。送信エラーになる場合や添付できない場合は、011-521-8551へFAXしてください)</p> <p><input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません</p>		
	<p>OJT 6ヶ月要件</p>	<p>【OJT 6ヶ月要件】※要件イ <input type="checkbox"/> 以下①～③全て満たす ①サビ管等基礎研修受講時に配置要件を満たしている。 ②障害福祉サービス事業所等において、個別支援計画作成の業務に6ヶ月以上従事 ③上記②業務に従事することについて、指定権者に届出を行う。</p>	
		<p>対象ア、イの場合、①②のうち遅く修了した方の翌日以降から受講予定の実践研修開始前月末までがOJT期間としてカウントされます。対象ウの場合は、OJT期間「0」を入力してください。</p> <p>★【OJT期間】対象ア、イは始期と終期を入力。対象ウは「0」を入力。 始期 西暦 0 年 12 ヶ月 31 日 (2つの研修のうち遅く修了したものの翌日) 終期 西暦 0 年 12 ヶ月 31 日 (C日程の場合、2025年5月31日)</p>	
	<p>OJT期間</p>	<p>【OJT期間の詳細】対象ア、イのみ入力 上記の始期～終期の間で業務に従事していた期間について入力 トータルOJT期間(年力月) 0 年 0 ヶ月 トータルOJT期間(勤務日数) 0 日 (概算)</p>	
		<p>OJT期間に従事した業務内容 ※複数チェック可</p>	<p><input type="checkbox"/> 個別支援計画作成業務 <input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務</p>
<p>OJT期間に関する備考(上記OJT期間について、休職時期がある場合や、やむを得ない事由による場合なし配置の期間などについてはここに記載) (例) 更新期限切れによる受講のためOJT期間なし</p>			

### 対象ウの場合

- 受講対象 … ウを選択
- 研修の受講(修了歴) … ①相談支援、②サビ管・児発管(基礎又は旧分野)の修了歴を選択・記入する  
③は「実践研修」「更新研修」等修了していれば修了歴及び、更新期限がいつ切れたか記入する
- ※①～③の研修を当法人以外で修了した場合は修了証書の写しを添付又はFAX(方法は記入例P.2のとおり)
- 基礎研修修了後の実務経験(OJT期間)
  - 【OJT6ヶ月要件】はチェックする必要なし
  - 【OJT期間】… 更新期限切れの場合OJT期間不要のため始期及び終期の年の部分に「0」と入力する
  - 【OJT期間の詳細】… こちらも全て「0」と入力する
  - OJT期間に従事した業務内容 … 必ずいずれかチェック
  - OJT期間に関する備考 … 「更新期限切れのためOJT期間の記載なし」と記載する

受講に対する必要な配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 車イス使用 <input type="checkbox"/> 手話通訳必要 <input type="checkbox"/> 拡大文字資料必要 <input type="checkbox"/> ルビ付き資料必要 <input type="checkbox"/> その他 : <input type="text"/>
-------------	--

### 受講に対する必要な配慮

配慮が必要な場合は選択・記入。また、ご希望に十分対応できない場合もありますので、ご了承ください。

★配置が必要な事業所の状況等	<b>1. 配置の必要数と修了数</b> 定員に対し、事務所として配置しなければならないサビ管／児発管の人数 <input type="text"/> 名 研修を修了し、サビ管／児発管として配置可能な人数 <input type="text"/> 名
	<b>2. 受講の必要性（以下より一つ選択）</b>
	<input type="radio"/> 【減算】西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月以降、配置基準を満たしていない状況（現在減算中）。
	<input type="radio"/> 【みなし配置】西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月以降、やむを得ない事由により配置基準を満たしていない状況（みなし配置、令和元年の研修体系見直しに伴う経過措置としてのみなし配置も含む）
	<input type="radio"/> 【新設】西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月より新規事業所を開設する予定。
<input type="radio"/> 【退職】現在、配置基準を満たしているが、退職により、西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に欠員が生じる。	
<input type="radio"/> 【異動】現在、配置基準を満たしているが、人事異動により、西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に欠員が生じる。	
<input type="radio"/> 【育成】現在、配置基準を満たしているが、キャリアアップにより、西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月からサビ管・児発管として配置する。	
<input type="radio"/> 上記のいずれにも当てはまらないが、必要性があります。	
<b>3. 配置が必要な具体的な理由（受講の必要性を具体的に記入）</b>	
例 ・みなし配置中のため〇年〇月までには実践研修を終える必要がある ・〇年〇月で現職が定年退職するため、後任として研修の受講が必要 ・〇年〇月から減算中のため、早急に配置が必要なため <small>※上記で選択した必要性についての具体的な理由を記載してください。</small>	
<b>4. 同一事業所から複数の申込みする場合の優先順位</b>	
1 <input type="text"/> 人中 1 <input type="text"/> 位	
<b>5. キャンセル待ち</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 欠員補充が生じた場合、キャンセル待ちを希望する。	
<b>所属長の推薦</b>	<input checked="" type="checkbox"/> この申込は、法人（事業所）としての推薦によるものである。
<b>送信内容のチェック</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の内容に相違ない。

※送信する前にこのページを印刷して申込控として保存しておくことをお勧めいたします。

### 配置が必要な事業所の状況

#### 1. 配置の必要数と修了数

必要数（事業所に配置する必要がある人数）と、現在研修を全て受講し終えてサビ管・児発管として配置ができる人数を記入

#### 2. 受講の必要性【必須】

「減算」「みなし配置」「新設」「退職」「異動」「育成」「その他」のいずれかを選択し、その理由が発生する時期（年月）を記入します。

#### 3. 配置に必要な具体的な理由【必須】 2と合せて、詳細な理由を記入します。

#### 4. 同一事業所から複数の申込むする場合の優先順位

同じ事業所に配置する予定で複数名申込みする場合は、申込者間の優先順位を記入します。

#### 5. キャンセル待ち

欠員補充が生じた場合にキャンセル待ちを希望する場合はチェックをつけます。

#### 所属長の推薦【必須】

本研修は原則として個人からの申込を受け付けておりません。必ず事業所を運営する法人の責任者からの依頼としての申込となりますので、所属長の推薦を確認してください。

#### 送信内容のチェック【必須】

全て選択・入力した後で、再度送信内容の確認をし、チェックをつけます。

## 送信ボタンを押した後の画面について

**北海道サービス管理責任者研修及び  
児童発達支援管理責任者研修受講申込書**

**申込完了**

受講申し込みを受付しました。不明な点は事務局にご連絡ください。

[トップに戻る](#)

**申込完了画面**  
受講申込が完了できた場合、この画面が表示されます。  
※申込フォームからの申込みなので、メールの送信履歴には送信内容が残りません。また、申し込みを受け付けた旨メールの返信などはしておりません。

**エラー画面**

以下は必須項目です。

- 研修種別
- 希望演習日程
- 受講者氏名
- 受講者ふりがな
- 生年月日年
- 性別
- 所属先住所
- メールアドレス
- 設置状況
- 受講対象
- 研修の受講（修了歴：相談支援）（年）
- 研修の受講（修了歴：相談支援）（修了番号）
- 研修の受講（修了歴：サビ管・児発管）（年）
- 研修の受講（修了歴：サビ管・児発管）（修了番号）
- 受講の必要性
- 配置に必要な具体的な理由
- 所属長の推薦
- 入力項目チェック

[戻る](#)

**必須項目が入力できていない場合の画面**  
必須項目が入力できていない場合は、このような画面が表示されます。  
この状態では申込は完了していません。  
画面下の戻るボタンを押し、入力できていない必須項目を入力して、改めて「送信ボタン」を押します。  
※画面下の戻るボタンで戻ると、途中まで入力したものには残りますが、ブラウザの戻るボタン（画面右上  ）を押して戻ると、入力内容が消える場合があります。

**トータル OJT 期間**  
更新期限切れの方以外、OJT 期間が 0 の場合は受講対象外です。必ず「年」「月」「日」を入力してください。  
例）更新期限切れで OJT 期間がない場合  
期間の年は「0」とし月日は 12 月 31 日のままで良いです。年ヶ月や勤務日数、従事した業務内容未入力で良いです。そして、更新期限切れであることを「OJT 期間に関する備考」に記載してください。

※必須項目再入力後に下記のように「申込日」が出た場合はエラーです

画面下「戻る」ボタンを押し、再度「送信」ボタンを押してください。

以下は必須項目です。

- 申込日

[戻る](#)